

高齢者のセルフケアにおける依存行動

中村陽子

看護学科 臨床看護学講座

Dependent Behaviors of Elderly People during Self-care

NAKAMURA, Yoko

Department of Clinical Nursing, School of Nursing, University of Fukui

Abstract :

Aim: To clarify the characteristics of dependent behaviors of older adults with sequelae of vascular disturbance or of fractures.

Sample: 15 elderly persons with sequelae of vascular disturbance or of fractures in two hospitals and a long-term care facility.

Analysis: Inductive methods by grounded theory approach.

Findings: Four categories and 14 subcategories were discovered from data. Dependent behaviors had both positive and negative phases, and acted consciously or subconsciously in decision-making as a form of self-protection. In «the actual realization of recovery from impairment», abilities of self-care of participants by rehabilitation, partial interventions, watching, and use of assisted implements were improved, and then, were connected with real actions to independence that is the extension of their sphere of activity. In «the discovery of new ways of livings», participants recognized residual functions rethought of their ways of living from the outcomes of relearning, and found a new sense of purpose in life. In «the perception of being weak», participants focused on their age and sense of inability. In «self-control», both abilities and inabilities were recognized and performed to have a purposive activity. On the other hand, participants experienced self-shrink and patience, but gained much liberty and maintained self-control.

Conclusion: The dependent behaviors of the elderly are neither denied nor condemned; rather they are one of the most important care behaviors to perform self-care for the elderly with impairment in clinical field because of their significant merits, as well as the care for independence.

Key Words : dependent behaviors, self-care, older adults who have health/life impairments

(Received 27 August, 2009 ; accepted 16 November, 2009)

I. はじめに

2007 年、厚生労働省の人口統計によれば、65 歳以上の高齢者人口は概ね 2,700 万人余りに達し、その数は総人口の 21.5%を占めるに至っている（国民衛生の動向, 2008）。この人口比率は、日本が世界に先がけ、すでに超高齢社会に突入したことを指す。

そのような人口動態下で高齢者、特に 75 歳以上の後期高齢者においては、生理・組織学的に複数の慢性疾患を抱えやすく、そのために通院率が上昇することは、すでに統計上でも明らかにされている（国民衛生の動向, 2008）。その慢性疾患（高血圧、糖尿病、心不全等）と強く関連する脳血管疾患、加齢や慢性疾患を含めた複合的要因でおきる転倒・転落による骨折等での健康/生活障害は、日常生活におけるセルフケアの自立を妨げ、強いては寝たきりへの大きな要因になると考えられる。しかし、高齢者の健康に関して Lowton は、高齢者はいかに身体的適応能力が低下しても、これまでの人生経験やいままで培った能力を生かして、精神的・心理的機能は低下させず生活を維持する能力を有すると述べている（老人看護学, 1992）。このことは、高齢者の QOL（生活の質）を内包しており、人として生きるための自己決定・選択や権利、自己尊厳や価値感を反映した高齢者個々の自律との関連性が強いと考える。

一方で、健康障害/生活障害をもつということは、セルフケアの一部を介護者に代行されることを意味する。これは Orem の看護理論のセルフケア不足理論と一致する（粕田孝行, 1987）。よって、健康障害/生活障害をもつ高齢者ケアでは、いかに自立の重要性を認識しながらも、自立に向けたケアのプロセスを通して、医療のみではない高齢者の特徴（自立ケアが心身のストレスを助長させ、それが却って回復遅延を招く）を考慮した全人的ケアが要求されると考えられるからである。一方で、高齢者が依存をどのように考え、その行動をどのように選択し、そして代行を受け入れているかを理解することは直接ケアを行う看護師にとって極めて重要である。しかし臨床における健康障害/生活障害をもつ高齢者の依存行動に関するそのような研究は、理論研究が発展しているにも関わらず、極めて少ないのが現状である。

先行研究では、高齢者の依存行動に関連したもので、M. M. Baltes, Silva-Smith, J. Bond 等の報告では、依存

状態になった高齢者が、その苦痛体験を通して再学習し、その結果高齢者が依存行動を自己決定する上で、高齢者を取りまく環境（医療者・家族・施設）と自己の機能との関係を考え、その中から自己のニーズをみつける。看護師は、そのような高齢者の依存行動を否定することなく、しかし短期的にしかも効果的なケアの本質を考えなければいけないと提唱する（Baltes, 1996, S-Smith, 2006）。S. Laker, M. Matsui 等は、社会資源のネットワークの活用や介入が高齢者の自己決定を容易にし、その自己決定が、高齢者の自立を促すことを明らかにした（Matsui, 2008）。倫理的側面における自律に関する理論報告では、B. Collopy, JMW, Johannes 等があった（Collopy, 1998, Johannes, 2001）。

本研究の目的は、高齢者の依存行動における認知に焦点化し、依存行動の特徴を明らかにして、ケアとの関連性を検討する。また本研究の結果により、高齢者の依存行動を明らかにすることで、高齢者の自己決定しやすい情報の提供や指導方法のタイミング、あるいは高齢者自身の能力に沿った自立のケアに寄与できると考える。

II. 用語の定義

- 1) 自立：身体機能である個人的レベルと関連し、介助なしで行える能力を有する。さらに自尊心や満足感と関連している。（Aase Stabell, 2003, Sara Laker, 1997）
- 2) 依存・依存行動：加齢に伴い、心身の機能が低下、あるいは喪失した場合、その時の手段、または選択として他者を求め ADL を完成させる。また頼る人と頼られる人（介助者）との間での不公平な関係をさす。これには自己の行為コントロールと自由の喪失が伴う。（M. Baltes, 1988）
- 3) セルフケア：人間が健康な状態を維持するために行う、行動または手段を指す。健康の維持活動において、生活を営む上で自分の意思で行動することを指す。（M. Baltes, 1988）
- 4) 自律：自己決定という内軸的観念において決定づけられ、個人の自由、プライバシー、自己選択などにおいて、自己の普遍的道德法を個人の価値観において成立させるものである。そのためには、自己決定や自己の行為を規制し、かつ外部からの

コントロールから脱し、自己の能力に応じて実行することである。(Scott, 2003)

III. 研究方法

1) 対象者

75 歳以上で脳血管疾患の後遺症にて、あるいは転倒・転落による骨折で手術を受け、リハビリテーション（以下、リハビリ）を受けている人、またはその他の疾患にて健康/生活障害を有している人。しかし認知症やコミュニケーション障害を有さない男女 15 名で入院や介護保険施設に入所してケアを受けている高齢者とした。

2) 対象施設

A 県下の 2 か所の病院（回復期病棟）と 1 か所のリハビリ施設を設置している介護保険施設で実施した。

3) 期間

データ収集は 2 月 9 日～3 月 16 日の概ね 1 ヶ月間で実施した。

4) データ収集方法

データ収集は半構成的質問紙を用いて、面接と参加観察で実施した。面接は基本的に一人 1 回としたが、3 名の対象者は本研究の検証のため 2 回実施した。1 回の面接時間は概ね 1 時間程度とした。質問内容は、Margaret M. Baltes の文献を参考に、①どのようなことを依頼するか、②依頼して感じることは何か、③今の現状をどのように思うかについて質問した。また各場面ごとに、排泄、移動、歩行、洗面、歯磨き、食事、衣服の着脱は、対象者のケアに介入しない参加観察法で実施した。テープレコーダーやカメラの使用については、対象者が拒否したので対象者の意思を尊重し使用しなかった。対象者の特性については対象者に直接聴取し、不明な点は受け持ち看護師に情報を聴取した。

5) 分析方法

データ分析は Grounded Theory Approach の手順に基づいて行った(南裕子, 1999)。得られたデータから対象者の依存に関連した意味を解釈し、個々の対象者のデータと比較検討し、適合と修正を繰り返し、抽象度をあげながら理論的構成を行った。また本研究の解釈の妥当性を高めるため、受け持ち看護師の意見や 10 年以上の経験をもつ看護師とデータを照合しながらその場で話し合いをもち解釈を一致させた。

6) 倫理的配慮

対象病院に本研究に関しての倫理審査を受け、許可を得た後、研究条件に合う対象者を施設側または病棟に依頼した。そこから選択された対象者に対し、病棟師長立ち会いの下、研究の主旨を文書と口頭で説明し、同意書に本人の署名を得た。面接は、面接内容が他者にもれず、かつ静かで落ち着ける場所を基本にして面会室や配薬室で実施した。面接時間は対象者の体調や疲労を考慮し、約 1 時間以内とした。対象者には任意の拒否は可能なこと、データは匿名とすること、プライバシーの秘守義務、データは本研究のみに使うこと、保管場所等を説明し、了承を得た。テープ使用に関しては、対象者の許可を得られなかったので使用しなかった。

IV. 結果

1) 対象者の特徴

対象者 15 名中、11 名が入院患者であり、4 名が介護老人保健施設の入所者であった。対象者の平均年齢は 78.9 歳で中央値は 82 歳であった。性別は 15 名中 13 名が女性で、2 名が男性であった。生活自立度は A 1 {ほとんど自立しているが、介助により外出（病室から出る）可} が 7 名、B 1 (車椅子に移乗し、食事、排泄は離床可) が 6 名、A 2 (ADL はほとんど自立しているが日中でも寝たきりの生活をしている) が 1 名、C 1 (ADL に要介助) が 1 名であった。また全員既婚者であったが、そのうち 7 名は配偶者を亡くしており、2 名はそのまま独居生活であった。15 名中、6 名は 3 世帯家族であり、4 名は 2 世帯家族、2 名は夫婦二人暮らし、1 名が実娘との二人暮らしであった。職業は、自営業（薬局、青果、工務店経営）が 6 名で、農業が 2 名、教師、ヘルパー、看護師等が各 1 名ずつであった。既往歴は、循環器系疾患が 13 名、脳血管疾患が 8 名、大腿骨頸部骨折が 2 名、脊髄梗塞、ウイルス性髄膜炎、動脈硬化性壊疽、閉塞性動脈硬化症が各 1 名であった。内服薬は上記疾患治療薬として降圧薬、利尿薬、抗血栓薬、自律神経作用薬等の他、睡眠薬や下剤があった（表 1）。

表 1. 対象者の特徴 n=15

年齢	平均	78.9 歳
	中央値	82.0 歳
	SD	8.95 歳
性別	男性	2 名
	女性	13 名
生活自立度	A1	7 名
	A2	1 名
	B1	6 名
	C1	1 名
結婚歴	有	15 名
	配偶者死亡	7 名
元職業	自営業	6 名
	農業	2 名
	教師	2 名
	事務	1 名
	ヘルパー	1 名
	看護師	1 名
	主婦	2 名
	看護師	1 名
家族構成	3 世帯	6 名
	2 世帯	4 名
	独居	2 名
	夫婦 2 人	2 名
	実娘と同居	1 名
	高血圧	7 名
既往歴 (複数回答)	脳梗塞	5 名
	心不全	4 名
	脳出血	3 名
	狭心症	2 名
	骨折	2 名
	脊髄梗塞	1 名
	ASO	1 名
	ウイルス性髄膜炎	1 名
	動脈硬化性壊疽	1 名 他
	降圧薬	11 名
	抗血栓薬	8 名
	自律神経作用薬	3 名
	利尿薬	1 名
	糖尿薬	1 名
内服薬 (複数回答)	骨・Ca 代謝薬	1 名
	下剤	3 名
	向精神薬	1 名
	睡眠薬	1 名 他

2) 「自分らしさ」を核とする高齢者の依存行動

障害は短期的あるいは生涯を通してと個人差はあったが、そのような障害をもつ対象者の依存行動の認知は、「自分らしさ」を核として、《障害の現実認識》《新たな生き方の発見》《弱者としての認知》《自己コントロール》の4つの肯定的・否定的なカテゴリーを抽出し、かつ相互に関連しあっていた。また依存行動において、「できる」ことは自立して行い、「できない」ことは看護師/介助者に委託した。「できない」ことはそこから再学習し、その行動は自己防衛をとりながらも【自分らしさ】を維持するように努めた。【自分らしさ】は自律を基軸としたものと、新たな価値に基づい

た自己発見によるものであり、各カテゴリーと「できる」「できない」の中核を成していた。また障害をもつ対象者を支える看護師/介助者は部分的介入と見守りを主体としたケアであり、家族も対象者を支えた(図1)。

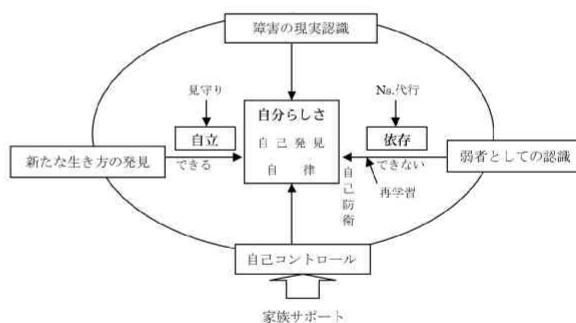


図1 「自分らしさ」を核とした依存行動の関係

《障害の現実認識》

＜自立に向けて回復の実感＞＜専門的知識・技術の安心・安全＞＜「できない」ことによるストレスからの解放＞＜本来のニーズの回復＞＜家族の愛情サポート＞＜元の生活に戻りたいけど戻れない現実認識＞の6つのサブカテゴリーで構成されていた。

対象者は自力で「できる」こと、あるいは現在リハビリ中であるがいずれ「できるだろう」と予測する残存機能に対しては、冷静に、かつ前向きに努力した。一方、「できなくなった」機能については、医療従事者の指導や助言を基本に時間をかけ冷静に評価し、その限界を見据えていた。対象は最終的に障害を受け入れていた。

＜自立に向けて回復の実感＞

対象者は自己のもつ麻痺や機能低下を冷静に感知し、「できる」残存機能をできるだけ維持するためのリハビリを受け、かつリハビリスタッフの指導を根気強く遵守した。加えて、維持できている能力は決して喪失させないよう、自立に向けて努力していた。動脈硬化性壊疽で右大腿切断を受けたD氏は、治療後リハビリ目的で大学病院からA病院に転院してきた。現在ADLは排泄を除きほとんど自立しているがリハビリ以外はほとんどベッド上で過ごしていた。車椅子の移乗と排泄は看護師の見守り下で行われていた。D氏の排泄行動は以下の通りであった。

車椅子で後ろ向きにトイレに入り、便器を前に蓋をあけ、トイレの手すりにつかまり排尿した。看護師はカーテン越しに立ち、トイレの流す音を聞いてカーテンを開け、D氏が再び車椅子に乗車し、トイレを出るまで見守った。

D氏の一連の排泄動作は、リハビリでの指導通りに実施され、冷静かつ注意深く個々の動作を確認しながら行っていた。このような繰り返し行われる動作はすべてがリハビリとなり、意識的に残存機能を維持し、セルフケアの自立を目標に行われ、かつ生活に密着したものであった。

ウイルス性髄膜炎で下半身の機能が低下し、ADLはほとんど要介助の状態であるC氏が現状について以下のように述べた。

リハビリしていると力がつくなあって実感しますね。足の感覚や尿の感覚はないのでおむつでとってもらってますが、それ以外は大丈夫です。家では、今敷居の段差をとる工事をしていますので、その工事が終わったら退院です。少しでも家族に迷惑かけないようにせんと。

ほとんどすべてのADLにおいて、要介助の状況下でも、C氏はリハビリで上肢の筋力維持を求め、将来を冷静にみつめながら、筋力増進の期待を込めてリハビリを行っていた。その目的はC氏の上肢で上半身を支え、自力で車椅子への移動を容易にするためであった。また家屋を改修を自己決定し、室内移動を自立させようとする強い目的意識を表出していた。C氏も意識的に残存機能維持・向上を目的にリハビリを行っていた。

11年前に脳梗塞にて右片麻痺があり、今回は左片麻痺の後遺症をもったJ氏は、両手指のしびれのため補助具を用いて食事をしていました。

食事は自分の食べやすいように配列を変え、右手でスプーンとフォーク（握り手が太い）を用いて食事を摂取していた。

補助具を用いることで、食事の自立が容易となり、かつ食事を楽しむことができていた。

＜専門的知識・技術の安心・安全＞

看護師の医療知識やケアに対しての信頼は、対象者の身体的保全や心理・精神的安心と強く関連していた。

両下肢の感覚鈍麻で歩行困難になったC氏は、入浴の全介助について下記のように述べた。

風呂は全部やってもらっていますよ。身体を全部さらすのはこんな年でも恥ずかしいけど、プロがやってくれるので安心です。

C氏は看護師に対しては専門家という認識をもち、かつその技術に信頼感をもっていた。そのことがC氏にとって安心・安全感をもたらした。

脊髄梗塞で下半身の機能低下をおこしたG氏は、排尿障害で1日5回の導尿を課せられていた。その導尿について下記のように述べた。

自分で導尿するより看護師さんにやってもらった方が感染の危険もなく安心ですね。

G氏は元看護師であり、下肢の感覚鈍麻の状態で導尿の自己管理は極めて困難であることを認知していた。特にG氏は自分の操作ミスによる感染を危惧していたため、G氏は自立よりも安全性に優先度をおいて自己選択をした。

＜「できない」ことによるストレスからの解放＞

対象者はセルフケアの一部を介助されることで、痒い所に手が届くような精神的不快から解放されていた。このストレスは、「できる」ようになれば解消されるが、一時的でなく半永続的に継続するものであることを覚悟しなければならない現実に対し、対象者は「できない」部分を時間をかけて冷静に判断した。

脳梗塞で左片麻痺の後遺症が残る、移動に車椅子を使っていたH氏は、下肢筋力の低下が顕著であった。脳梗塞後一時的にベッド臥床を強いられた時の様子を下記のように述べた。

身体が動かんの知って絶望的になってしまったのう。そのあとも、自分一人じゃ何もできなかったけど、ここに来て助けてもらったおかげで生きていけます。

H氏は左片麻痺の後遺症で一時絶望的になるが、その時、意思どおりに「動かせなくなった」身体を介助されたことで、「動けない」ストレスから脱出できた。そして現状打開の方策として、介助の必要性を学習した。

10年前多発性脳梗塞で左不全麻痺があり、今回は再梗塞で言語障害と右片麻痺の後遺症をもつA氏は、言語障害による孤独感を体験し、看護師の介入により自己の変化について下記のように述べた。

病院に来て皆さんの親切を身にしました。一人で淋しくても看護師さんが話しかけてくれるし、できない所は手伝ってくれますし、ようやくのんびりすることができました。

看護師の介入とコミュニケーションが、A氏を孤独から解放し、精神的にも余裕を与え、冷静さを取り戻すことができた。

本研究では介助される場合、同性か異性のどちらがよいかについて質問すると、2名の男性対象者は同じ意見であった。その意見は下記の通りであった。

やはり女性の方が細かい所に気づいてもくれていいですよ。

男性の対象者は、「できなくなった」自分に対し、弱者という認知に変化し、女性（異性）により多くの気づきや気づいてほしいという欲求をもつ傾向があった。＜本来のニーズの回復＞

自力で動きがとれない身体的状況下では、対象者は自己のニーズを捨て、看護師のケアに全てを任せた。それは対象者にとって、好むと好まざるとに関わらず、病棟のスケジュール、またはケアスケジュール下で実施されていた。しかし身体的回復に伴い、看護師の介入の割合が減少することで、対象者自らのニーズを受け身ではあるが要求することができた。

脳出血にて左片麻痺の後遺症をもつB氏は、現在腰かけでシャワー浴ができるようになったが、全介助で入浴していた頃を振り返り以下のように述べた。

以前バブルの入浴で、その時は自分自身では動けず、板の上に乗せられて紐で縛りつけられて入浴してんですが、看護師さんにしがみついていたの。とってもこわかった。でも車椅子ごとお風呂に入れるようになってうれしかった。

身体の保清目的での入浴では、安全性が最優先されていたが、それではリラックス効果はなかった。しかし回復と共に後者のニーズが増し、満足感も求めるようになっていった。

＜元の生活に戻りたいけど戻れない現実認識＞

対象者は、リハビリという条件下で、自己のゴールを見据えて、これからどの程度回復するかという現実と予測の狭間で冷静に今後の生活を考えていた。予測できるゴール（生活障害が残る場合）は医師からの直

接的なインフォームドコンセントを受け、時間をかけてその現実を受け入れた。しかし今後の生き方には前向きであった。

N氏は元小学校教師で、6年前に化膿性脊椎症にて下肢の歩行機能を喪失した。その歩行困難という現実について下記のように述べた。

この足はもう元通りにならんで、ここで一生暮らすつもりです。前の病院の先生から足の回復はないっていわれておりますので、もうあきらめておりますが、昔はそれでも歩きたいなあと思ったものです。今じゃ、車椅子が私の足になって動いてくれるのでこれでエエって思っております。

N氏は、排泄と車椅子乗車は全介助であったが、車椅子を自分の足と捉え、施設での行動を拡大させていた。そして入所者の中でリーダーシップをとって入所者をまとめていた。現在のN氏は冷静に現実と対峙し、自己のあるべき姿を見つめ直した結果の行動であった。

＜家族の愛情サポート＞

健康時には家族の存在は当たり前であったが、障害をもって改めて家族の愛情の深さに気づいた。

脊髄梗塞で下半身の感覚鈍麻で、車椅子生活を余儀なくされたE氏は、家族の存在の大きさを下記のように述べた。

入院してから毎日夫が煎茶を持って来てくれるんです。娘も毎日面会に来てくれて。病気にでもならない限り、夫や娘の思いが分からなかったのでうれしい。

《新たな生き方の発見》

＜「できる」ことの自己効力感＞＜生きがいの再発見＞の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

「できなくなった」絶望感から再学習し、「できる」ことに着目し、その能力に自信を取り戻していった。その中で、生きていくための生きがいを改めて発見した。

＜「できる」ことの自己効力感＞

対象者は、「できる」ことに喜びや自信を獲得すると同時に、その行動も拡大していった。

脳出血治療後、リハビリ目的で転院して2.5か月程度経過していたB氏は、左片麻痺の後遺症があったが、歯磨きや洗顔は自力で行えた。歯磨きに関して以下のように述べた。

今でも歯磨きだけは自分でできるので、歯磨くときはとっても充実感があるんですよ。

B氏は脳出血後による後遺症を通して、歯磨きの残存機能に視点を移した。その機能が存続していることを喜び、かつ「できる」充実感をもてるようになった。同じくB氏の排泄機能に関して、以下のように述べた。

下の始末ができるようになったという自信が、全体につながってきたんじゃないかなあ。やっぱり自信がないと何もできんからね。

下の処理が自力でできない頃と比較し、排泄の自立によって、その行為がB氏の自信となり、その自信が他の行動へ拡大するプラスの循環がみられた。

一方で、「できる」機能を過大評価し、それが自信過剰となり、結果として転倒・転落につながる危険性を暴露した。しかし、看護師への遠慮から無理してでも自力で「できる」と自己判断して、行動する傾向もあった。

多発性脳梗塞にて今回右片麻痺と言語障害の後遺症を抱えるA氏は上記に関して以下のように述べた。

- ・少しできるとものすごくできるって錯覚してしまってますね。これが事故につながるのじゃないかな。よく看護師さんに叱られるの。
- ・集中力がないっていうか。足の位置も確認もせず、すぐ立ち上がろうとしてベッドからズルズル落ちることがあったの。そうやさかい、やっぱり看護師さん呼ばんと。
- ・トイレが近いので看護師さんをそのために呼ぶのが気の毒で。一人でやろうと思ったらベッドからズルズル落ちて、看護師さんに見つかって叱れた。

B氏の家族がB氏に自立を促す声かけをした。その声かけについて以下のように述べた。

家族からできて当たり前やろっていわれたんですが、そうですね。

B氏はこの言葉で、より一層家族に迷惑はかけられないという意味を強くしたと述べていたが、「できるようになった」努力を家族は認めながらも、対象者と共感する声かけがなかった。

<生きがいの再発見>

残存機能の回復で何とか生活にめどがたってくると、残存機能を生かした趣味や社交に関心が向き、自己の内面性に視点が向くようになった。

左片麻痺で自力での歩行困難があるB氏は退院後の生活のあり方について下記のように述べた。

今より少しでもよくなったら、地域のお年寄りの人達のためにボランティアで、お話を聞きに行きたいなあ。糖尿や透析の人って、家に閉じこもって周りの人と交わろうとしないので、私が話相手になることで心の平穏をもってもらえるからね。

B氏は自己の経験から病気で苦しんでいる人達の悩みを傾聴したり、相談にのったりすることができるのではないかとこの役割を発見し、そこに自己の存在感を見出そうとした。

下半身の運動機能を喪失したN氏は介護保険施設でリハビリを継続しながら日常生活の過ごし方を以下のように述べた。

- ・私はここの施設での楽しみはレクリエーションなんですが、最近は週2回しかやってくれんし、それでも〇〇さんがおらんさけ今日はできんっていう理由をいわれてやってくれん時もある。私はちょっとでも身体を動かさんとあかんと思っとるからね。
- ・リハビリは下で月曜日に電気をあててもらっています。それと趣味でカバンを作ったり、服や帽子を編んだりやっています。もっとやりたいので週1回じゃ物足りなくて。

自己の能力にあった趣味をもつことで精神面を豊かにし、生きる喜びにもなった。N氏は自分に新たな「できる」ことを再発見し、それが生きがいになっていた。

右大腿切断術を受けたD氏は退院が真近に迫っていた。退院後の生活について問うと以下のように述べた。

退院したら、以前通っていたデイケアサービスを週3回行く予定です。あそこは楽しいしお風呂にも入れるし、皆さん親切でいいですよ。

D氏の家族は、自営業で自宅の1階が店舗になっていた。家族は忙しい中着替えをもって毎日1回は必ず面会に訪れ、D氏との関わりを大切にしていた。D氏と家族は適切な距離を維持し、D氏のことを尊重しながら見守っていた。

《弱者としての認知》

＜看護師/介助者への全権委譲＞＜思うようにならないもどかしさ＞＜もう年でがんばれない＞の3つのサブカテゴリーで構成された。

機能障害により看護師/介助者の介入を受けることでの自己イメージの低下や、申し訳なさに起因する自己縮小感が増強した。一方で申し訳なさを解消するためには合理的な割り切りに徹した対象者もいた。それらと同時に、老化の心理的・情緒的影響により自己に対して弱者という認知をもった。

＜看護師/介助者への全権委譲＞

汚ない下のケアまでさせてしまう自己評価と、そのケアをする看護師/介助者に対して「すまない」という情緒的感情をもつ一方で、ケアに対して看護師の仕事であると割り切って対応する姿勢があった。

左股関節の全置換術を受けたF氏は、元ヘルパーであり、ケアをする側から受ける側に立場が変わったが、術後のケアを受けた時のことを以下のように述べた。

- ・寝たきりでどうにもならん時はお願いしますって、すべて看護師さんの言う通りにしてやってもらってました。
- ・手術して自分ではこの時期何もできないわけで、お任せする以外にありませんでしょう。お世話を受けた頃は申し訳ないって思ったけど、みじめさも感じましたよ。

自分で何もできない、あるいはその知識の域を超越し、どうすることもできない状況下では無意識に自己決定を遺棄し、全てを看護師に委託した。同時に、そのような自分に対してみじめさを痛感していた。

右人工骨頭置換術を受けたE氏は、ケアを受けることに関して以下のように述べた。

この年（86歳）で手術したのですが、手術後は全部看護師さんにお世話になりました。おしっここの管がずいぶん長く入っていたので、動かれんで寝たきりの状態でしたよ。おしっこから便のお世話は勿論のこと、身体を拭いてもらったり、食事を運んでもらったりとすべてでした。その時は早よ、お父さんのお迎えが来てくれんかと思いましたね。でもね、そんな時、これは看護師さんの仕事だって割り切るようにしていました。そうでないと、余りにもみじめじゃありませんか。

「申し訳ない」という情緒的感情の裏返しに、看護師の仕事として割り切ることで自己コントロールしていた。一方で、リハビリをする頃になると「できない」

ことに対して、患者を助けるのが看護師の仕事であることを強く感じていた。そのくらい、「できない」ことに負担を感じていた。

看護師さんは、私に訓練させようと思って何もせず立っ
てみているけど、でもできないことは助けてほしいわ。それが辛かった。

＜思うようにならないもどかしさ＞

対象者は「できなくなった」機能に対して、はがゆさとあきらめをもちつつ、何としてももう少し機能を回復させようとする狭間で葛藤していた。

ウィルス性髄膜炎で下肢の機能が喪失したC氏は歩行に関して以下のように述べた。

- ・現状としては50%はまだ希望をもっているけど、残りの50%はあきらめてもいる。先生やリハビリの先生から何も言われていないけど、時々看護師さんからは元通りには戻らんよっていわれています。自分としては元通りに戻りたいけどね。せめて歩きたいなあって、でも自立なんてとても無理。
- ・今「できない」ことははがゆいね。だって今までできたことができんようになったのだからね。時々歩けた頃のことと比較してしまいますね。

C氏は直接的に医師や理学療法士から回復のゴールを説明されていなかったが、長期のリハビリ期間中に看護婦から障害についてあいまいに示唆され、そのゴールを認識していた。故に自立歩行に関してはあきらめが先行しつつも、せめて支えられても一歩歩きたいという強い願望がリハビリをする原動力になっていた。＜もう年でがんばれない＞

対象者にとって過去の人生で多くの困難を克服してきたという自負をもちつつも、老性自覚を強くしていた。そのため今回の困難を克服できるかどうか不安が強かった。

右人工骨頭置換術を受けたE氏は自己の人生を振り返り以下のように述べた。

今回も看護師さんにお任せするのは苦しかったです。私はね、30歳で乳がんになって手術して、コバルトかけて、白血球が減ったり、吐き気で食事ができんかったりとその時はそれはつらい思いをしました。でもその時はまだ若かったし、生きなあかんってそりゃ必死でした。でも今回はそんな気持ちになれんのう。

手術とリハビリを通して、86歳という年齢に対する認識と手術による身体的機能低下が合併し、身体的機能の限界を感じつつ、E氏はがんばることができるか不安を表出した。F氏もE氏と同様な不安を表出した。

主人をがんで亡くしてから、小学校の娘と中3の長男を抱えてここまでやってきました。あの時の苦労を思えばこれぐらいでへこんでおれませんが、こんなこと大したことないってね。でもやっぱり、看護師さんや嫁さんに迷惑かけてしまうて、ほんまもうしわけないなあって思いますよ。

F氏は身体がF氏的意思通りに機能しないことに自己の年齢と照合させ意気消沈した。加えて機能の回復を望めないため家族に迷惑をかけることを予測し、自己縮小させた。

《自己コントロール》

＜楽＞＜自尊心の維持＞＜我慢＞の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

「できない」自己イコール弱者（介助を受ける自己）として認知しながらも、「できない」部分を自己決定して、自己規制を行って自己を維持させていた。

＜楽＞

対象者の自己決定で「できない」部分を看護師/介助者に委託した。しかし頼ることでエネルギーの備蓄を図ることであり、他の部分にエネルギーを費やすことができたのであった。

G氏は脊髄梗塞で一日5回の導尿を実施しなければいけなかった。日中は自己管理であったが、夜間の導尿は看護師に依頼していた。それはG氏が決定した。自己決定した理由は自己管理のために費やすエネルギーの消費を他の行動にあてようと考えたのであった。

入院後排尿ケアと導尿をやってもらわなくてはいけなくなると、導尿は1日5回するのですが、日中の2回は自分でやって、夕方から夜間の導尿の3回は看護師さんにやってもらっています。排便も1日1回は出しておかないと大変なことになってしまうので出なければ浣腸または排便を看護師さんに頼んでいますよ。自分で導尿すると本当に時間もかかるし、2回で精一杯です。終わるとそれだけでエネルギーを使い果たしてあとのことががんばれません。だから夜間の3回は看護師さんをお願いしています。

＜自尊心の維持＞

対象者は看護師の介入に関して、何も言わなくても気づいて実施してほしいと願い、そのことが実施され

ることを理想とした。そうされることで対象者にとって、みじめさを感じず、人としてのプライドを維持することに繋がった。看護師に委託することは、対象者のすまなさともみじめさが混合し、そのような感情が自己縮小に繋がった。

歩行困難で車椅子生活を余儀なくされているC氏はほとんどのケアを自ら要求することではなく、毎日の施設のケアスケジュールに合わせてケアを受けていた。そのことについて問うと以下のように述べた。

わしが看護師さんに頼むことはないですよ。時間がくると必ず看護師さんは来てくれるし、やってくれるのでそれでいいのではないのでしょうか。それまで待ちますし、我慢しますよ。

C氏は工務店を経営しており、自己の人生にはプライドをもっていた。C氏は看護師は患者の自立のためのケアを行い、かつ患者のニーズを気づくものであるという自論をもっていた。

G氏もケアスケジュールに沿ったケアで我慢し、患者のニーズを看護師が気づくことを強く願望していた。

いつも同じ時間でやってくれるのですが、でもね、はっきりいって、何もこちらからいわなくてもやってくれる看護師さんはありがたいですね。

＜我慢＞

看護師/介護者へのケアの要求は、対象者を自己縮小させ、かつ対象者のセルフケアの自己決定・選択により不自由さを感じた。それは我慢を強いられるからであった。

脳梗塞で左片麻痺をもつH氏は、ケアを受けることについて以下のように述べた。

- ・今まで何でも一人で生活していて、やりたいようにやってきたので、人に頼るってことは肩身が狭いし自由じゃない。
- ・看護師さんについてみられるってことも、自由じゃないね。やってもらっている以上は文句はいえないよね。たとえ自分の意志とは大きく違ってもすべてお任せだからね。

IV. 考察

セルフケアの代行を余儀なくされた高齢者の依存行動に焦点を当て、その依存行動の特徴について検討した。

高齢者の依存行動には肯定的と否定的側面の両極面があり、それらが複雑に絡み合って行動をおこしていた。加えて、高齢者の依存行動の認知の中核には【自分らしさ】があり、その【自分らしさ】には自己決定・選択、自己尊厳、理性の要素が見つかり、それらは自律を意味するものであった。依存を余儀なくされた条件下での【自分らしさ】とは、対象者の自由と価値を含むあらゆる自律のプロセスにおいて遂行された結果、それが自己の新たな発見であり、障害をもって生きるに迫り着いた。このような障害をもつ高齢者の視点において、Bart J. Collopy 等が提唱する自律 (autonomy) の概念は自己の能力に応じて他者に委託することの自己決定・選択を指し、そのことと一致した (Collopy, 1988, Donchin, 2001, Hertz, 1995)。さらに【自分らしさ】を保持するための自己決定・選択において、対象者は意識的、あるいは無意識に行動をおこしていた。Amy L. Silva-Smith の依存行動における自己決定には意識下と無意識下で行われ、それらは自己防衛の形態をなしていると述べている (S-Smith, 2006)。本研究において、セルフケアの一部が看護師の代行であっても、行動において受け身ではあるが目的意識があり、かつゴールを見据えた明確な行動が対象者の中にみられた。看護師/介助者による見守り下ではあるが、自力で車椅子を運転してトイレに行く目的のためにリハビリで下肢の筋肉強化を行う行動は肯定的な依存行動と考えた。一方否定的な依存行動においては術後の回復プロセスの知識不足のため不安や依存による自信の欠如が自己決定を困難にし、無意識下で看護師/介助者に全権を委託した。しかしこの両極をなす一連の行動の多くは意識的・無意識的決定が複合的に絡み合う複雑さがあった。それは、「できない」ことに対し、その部分を介助されることで無意識下で自己尊厳を破棄したり、みじめさを感知しながらも、意識的に理性的コントロールでバランスを維持しようとしていた。故に、このような依存行動は【自分らしさ】を維持するための自己防衛でもあった。

対象者－看護師/介助者関係において、看護師/介助者は「できる」ことには常に見守る姿勢を貫き、かつ対象者の自尊心を尊重したケアを心がけていた。しかし一部の対象者の中で看護師に対して「助けてほしかった」と述べた人や「トイレが近いのでその度に呼ぶ

のは気の毒」と対象者の自己判断の結果、転倒・転落を起こしたケースは、看護師と対象者間では依存に対する認識のズレがあった。あるいは、看護師/介助者の勤務状況との関連や相互の人間関係において遠慮という感情が作用したものかもしれない。対象者一家族間では、多くの家族は適切な間隔を維持しながら対象者の決定を尊重して【自分らしさ】を保てるように支持的であった。しかし、一部の家族は仕事の関係上、日中、対象者に留守番を強いら、かつ会話がなく、あるいは無神経な声かけにより対象者の孤独や遠慮を増強させる関係もあった。このような関係は、潜在的な経済的あるいは家族構成要因が背景にあったのではないかと考えられる (図2)。

《障害への現実認識》では、対象者の「できない」ことは、症状が徐々に進行していった類のものではなく、瞬間に障害が生じ、その後の回復プロセスを通していかに障害を受け入れるかであった。そのため障害そのものを受容するためには多くをあきらめたり、かつ生活上の困難を克服しなければならなかったと考える。しかし本研究ではそこに多くを焦点化していなかったため、データからの分析は困難であった。しかし受容プロセスの状況下で、対象者は「できない」ことを看護師/介助者に一部依存することでセルフケア欠如を打開できることを学習し、その再学習において障害そのものを冷静に現実的にとらえた。そのための看護師/介助者と医療スタッフとの相互の支援体制が重要であった。その中で、対象者は看護師のケアに対して、安心・安全という観点で専門的ケアへの信頼性が高かった。また看護師の介入は対象者の「できない」ことのストレスを解放させ、対象者の【自分らしさ】の回復に寄与した。また介助者への要求において、対象者間で性差が認められた。男性の対象者は女性の看護師/介護者に対して、男性よりより多くを気づいてくれるだろうという期待感と甘えを求める傾向があった。しかし、この結果は2名の対象者であったことや、そこに質問を焦点化していなかったという観点で妥当性に乏しい。よって今後この疑問に特化した継続した調査が必要と考える。＜自立に向けての回復の実感＞でのリハビリや車椅子や補助具の調整により対象者のセルフケアの能力が向上し、行動領域の拡大や自立に向けての確かな行動に結びつけていた。

《新たな生き方の発見》では、「できる」ことの認知も残存機能の獲得という再学習で得たものであり、B氏の長期リハビリの結果、「下の始末ができるようになった」という自信が生活全体につながってきた」と述べているように、自信をもって行動できるようになった。何を看護師/介助者に代行してもらうかは、受け身ではあるが対象者の自己決定で行われ、看護師/介護者はその意思を尊重していた。また【自分らしさ】の再発見は、新たな対象者の生きがいや価値観となった。B氏は他の病苦と闘っている人の相談役になろうと考えたり、N氏は新たな能力に目覚めて人生を楽しもうとする自己効力に繋がった。このような自己効力は、Banduraの提唱する予測される出来事において、成功を感受するための方法で行動できることであり、それが自信であった(Bandura, 1977)。障害をもった当初、セルフケアの自立の視点では、セルフケアの行動に対して消極的となったが、ADLの1つが自立できることで、プラスの方向性に循環した。本研究の対象者は、受け身ではあるが決してその現実には負けることなく、むしろ期待感に繋げ、回復への動機づけにしていた。そのような中で、一部の対象者の過信行動はあったが、看護師やリハビリスタッフの指導でゴールを目指していた。＜生きがいの再発見＞は、人としての尊厳を維持したいという願いがあった。Marthal L. Conventryによれば、尊厳とは個々の人間の徳による生まれもった資質であり、法律では人権の平等に位置づけられることである。また自己尊重や個人的価値は内面的な感情であり、その尊厳感情は他者との相互関係に影響すると述べているように(Conventry, 2006)、依存する立場であっても、その人として感じる尊厳を維持し、【自分らしさ】の追求において、N氏のように歩けないという現実を受け入れ、そこから車椅子を自分の足という新たな認識で行動し、施設生活に適応させていた。またB氏のように、自分の役割を再発見し、そこに新たな価値をおいたのであった。

《弱者としての認知》では、セルフケアの一部を他者に頼らなければいけなくなった自己と相対しての感情的な認知であった。「できなくなった」機能を医療者の直接的説明により、または対象者の状態に対応しながら示唆することで、徐々に障害を受け入れ、一方で何とか少しでも機能が回復できないかと葛藤していた。

しかし障害のみならず加齢によつての機能の減退で、「できないかもしれない」という否定的予測が不安を導き、より一層弱者としての認知を強めた。加えて、大腿骨頸部骨折の術前・後のルーティン化した医療スケジュールやケアは、対象者を取り囲む環境の中で緊張感が高く、対象者のプライバシーを破棄して全面的に依存しなければいけない期間であった。この期間は対象者の自己決定をする環境下ではなく、【自分らしさ】から最も遠い存在であり、医療のコントロール下にあった。対象者は最も弱者として認知した期間であった。

《自己コントロール》では、「できなくなった」ことを代行してもらうことで、自己決定は代行者に委託し、そのため対象者は自由を奪われ自己縮小させていった。一方で、代行されることのプラスの側面全てを整理すると、安心・安全、転倒・転落の予防、エネルギーの備蓄、ストレス解消、交流等であった。よって、このようなメリットを考慮すると、依存行動は自立を目指すケアばかりに視点をおくものではなく、高齢者ケアにおいて、上記のメリットのように肯定されるものであり、かつ受け入れなければならないことも理解できた。そうすることが対象者の【自分らしさ】という自由や価値を擁護し、高齢者の尊厳を尊重したケアに繋がるアドボカシー(Hanks, 2007)であると考ええる。統制されたルーティンのケアスケジュールでのケアも必要であるが、情緒的弱者であると認知する対象者をより強く保護し、看護師として必要とされるより正確に適切なケアの実施と受容等の役割を認知することは看護師にとって重要であると考ええる。さらにこのような代行関係が画一的でない、対象者の特徴と照合する個別ケアでなければならない。そのようなケアによって得られた肯定的側面が《新たな生き方の発見》と関連し【自分らしさ】を維持し、かつ対象者の自己防衛へ繋げることができると考える。このようなアドボカシーを中心にしたケアは、障害を現実認識でとらえられ、かつその克服において一段階高いこれからの【自分らしく】生きるために、「できる」残存機能を最大限維持できるように見守ることが高齢者ケアの支持的援助と考える。

このような複雑な認知を含む依存行動は、看護師/介助者からの知識や情報提供、指導、教育により《新たな生き方の発見》につながり、対象者のアドヒアラ

ンスアプローチとして遂行されていたが、術後経過や回復ゴールの知識不足の患者は自己決定において、より受け身になる。その決定のための情報提供や教育・指導が必要と考えられるが、それを選択するかどうかは患者の自己決定に委ねなければいけないと述べているように (Baltes, 1996), 対象が自立するためには、正しい教育・情報提供は必要であり、受け身ながらもその中から気づきとそれによる自己決定ができるように方向づける必要がある。Francis C. Biely も同様に高齢者の自己決定の姿勢は受け身であっても、その状況に応じた情報や技術伝達が自立するために効果的であると述べている (Biely, 1992)。本研究においても「看護師さんから元通りには戻らんよ」と看護師のあいまいながらも誠実な情報提供や医師からの過酷なインフォームドコンセントが対象者の現状を認識させ、そこから自分に適した方向性を導いたと考えられる。対象者がリハビリについて「リハビリしていると力がつくなんて実感します」と述べているように、リハビリは長く、辛い訓練であるが、その必要性を認識し、今後の日常生活にリンクさせてリハビリを行い、ADL を1つずつ自立させていた。また看護師/介護者は常に側で失敗なく見守ることが、対象者のいい評価と結果に結びつくものであった。しかし見守りは安全性は高いが、一方で対象者のプライバシーを侵害することになりかねないので、対象者に必要性を理解してもらい、信頼関係を構築することが優先される。

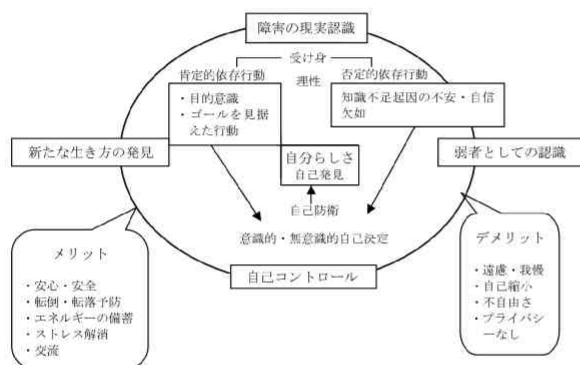


図2 「自分らしさ」を核とする高齢者の依存行動の構造

V. まとめ

1. 高齢者の依存行動には《障害への現実認識》《新たな生き方の発見》《弱者としての認知》《自己コ

ントロール》の4つのカテゴリーと14のサブカテゴリーを抽出され、その中核に位置する【自分らしさ】を発見した。

2. 依存行動には、肯定的・否定的側面があり、自己決定には複雑に意識的・無意識的に行われ、その決定は自己防衛のためのものであった。
3. 《障害の現実認識》では、「できる」または「できるだろう」と予測できる残存機能に対して、冷静かつ前向きに向き合った。リハビリや看護師/介助者の部分介入、見守り、補助具の利用により対象者のセルフケアの能力が向上し、それにより行動領域の拡大や自立に向けての確かな行動に結びつけていた。一方、「できない」機能については、冷静に障害を受け入れていた。
4. 《新たな生き方の発見》では、残存機能を再認識し、そこから自己の生き方を再考し、自分らしい生き方について価値観の再構築に繋げた。
5. 《弱者としての認知》では、「できなくなった」機能に視点を向け、自己イメージの低下や自己縮小感が増大したと同時に、老化と照合させ、弱者という認知をもった。
6. 《自己コントロール》では、「できる」こと、「できない」ことを再認知し、そこから目標を見据えた自己決定を行った。一方で、代行されることにより自己縮小や我慢を経験しながらも、依存状況下でもできるだけ多くの自由を獲得し、自己維持に努めた。
7. 依存行動のメリットは、安心・安全、事故防止、エネルギーの備蓄、ストレス解消であり、デメリットは、自己縮小、遠慮、不自由さ等であった。
8. 障害をもつ高齢者ケアにおいて、依存行動は否定されるものではなく、依存によるメリットの要素が多く含まれていた。よってむしろ自立に向けたケア同様に重要であった。

引用文献

- Aase Stabell, HildeEide, Gunnel A Solhiem, and others: Nursing home residents' dependence and independence, Journal of clinical nursing, 13, 668-676, Blackwell Pub., 2004
- Albert Bandura: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, psychological review, vol(84),

191-215, 1977

Amy L.Silva-Smith, Christine R.Kovach: Positive gain:
Rethinking the outcome of dependency, journal of
gerontological nursing, 36-41, 2006

Anne Donchin: Understanding autonomy relationally:
Toward a reconfiguration of bioethical principles,
journal of medicine and philosophy, vol(26), 365-386,
2001

Bart J.Collopy:Autonomy in long term care:Some crucial
distinctions, the gerontologist, vol(28), 10-17, 1988

Francis C.Biely: Some determinants that effect patient
participation in decision-making about nursing care,
journal of advanced nursing, 414-421,1992

Judith E.Hertz: Conceptualization of perceived enactment
of autonomy in the elderly, Issues in Mental Health
Nursing, vol(17), 261-273, 1996

柏田孝之, 南裕子, 稲岡文昭 (監修): セルフケア概念と看護実
践, 19-38, へるす出版, 東京, 1987

国民衛生の動向: 社団法人 厚生統計協会, 40, 73, 2008

Miho Matsui, Elizabeth Capezuti: Perceived autonomy and
self-care resources among senior center, Geriatric
Nursing, vol(29)2, 141-147, 2008

Marthal L.Coventry: Care with Dignity, Journal of
Gerontological Nursing, 42-48, 2006

Margret M.Baltes: The many faces of dependency in old age,
18-19, 22-30, Cambridge Univ.Press., 1996

南裕子 (監修), 操華子, 森岡崇他: 質的研究の基礎: グラン
デッド・セオリーの技法と手順, 医学書院, 東京, 1999

Mary A.Matteson, Eleanor S.McConnel, 原令子, 他 (訳): 老
人看護学の基礎: 老人看護学の概念枠組み, 8, 医学書院, 東
京, 1992

P Anne Scott, Helena Leino-Kilpi, Theo Dassen, and others:
Perceptions of autonomy in the care of elderly people
in five European countries, nursing ethics, 28-30,
vol(10), 2003

Sara Laker, Sue Davies, Lorraine Ellis: Promoting
autonomy and independence for older people within
nursing practice: a literature review, 408-415, journal
of advanced nursing, vol(26),1997

Robert G.Hanks: Barriers to nursing advocacy: a concept
analysis, 171-176, nursing forum, vol(42)4, 2007

資料 高齢者のセルフケアにおける依存行動に関するデータ分析

In vivo cords	レベルⅡ	レベルⅢ
<ul style="list-style-type: none"> ・この病気になっておしっこを漏らすことが多くなった。おしっこが時々間に合わない時がある。ので大きなパットを当てておいて、それをとっかえている。 ・食前の手洗いは手洗う場に看護助手が立っており、Aさんが水道水に手を濡らすと自動的にソープを2プッシュしてもらい、手を洗い終わるとペーパータオル2枚がもらえた。この動作はほとんど自動的であった。 ・車椅子で後ろ向きにトイレに入り便器を前に蓋をあけ、トイレの手すりにつかまり後ろ向きに立って排尿した。Nsはカーテン越しで見守っていた。 ・孫から手紙がくると何とか右手でぶるぶる振るえながら手紙を書いていた。 ・カーディガンのボタンは右手（患側）ではずし、つけていた。 ・杖歩行で面接室まで自力で来る。部屋から約10mの距離を2分程度かけてリズムよく歩いてきた。 ・車椅子をベッドの左側に置き、ベッドから車いすの移動は左下肢を軸にスムーズであった。 ・トイレへは車椅子で行き、何とか便器まで自力で移動可能である。 ・食事は自分の食べやすいように配列を変え、左手（健側）でスプーンとフォークを使って摂取していた。 ・右上腕骨折でギプス固定していたため、左手でフォークとスプーンを使い、ややぎこちなくこぼしながら摂取していた。 ・リハビリは辛くなんかないわ。今は歩くけいこと何か起きたときにすぐに起き上がって電話かけるけいこもやっているの。これが結構難しいんやわ。 ・トイレでの排尿訓練や服の着脱の訓練はもう済んでいるし、今は一人できるようになった。 ・リハビリしていると力がつくなあって実感しますね。家では今数居の段差をとる工事をしてしますので、それが終わったら退院です。これで少しでも家族に迷惑をかけないようにせんと。 ・この人は自分の誕生日も忘れたり、誰の誕生日かもすぐに忘れてしまうんです。 ・その場が済むとすぐに忘れるんです。毎日4：50からリハビリ体操するんですが、できる人だけでいいんよって強制的じゃないんですよ。こんなんでいいんでしょうか？みんなもっと元気ださんとあかんと思うんですけどね。 ・何としてもNsさんには迷惑をかけないように必死で自分のできるところはやるようにしています。 ・少しずつできるようになると徐々に希望がもてるようになっていくんだなあって思っております。 	自立に向けて回復の実感	障害への現実認識
<ul style="list-style-type: none"> ・Nsさんが側にいてくれるので安心してやれる。 ・入浴は全部やってもらっていますよ。身体を全部さらすのはこんな年でも恥ずかしいけどプロがやってくれるので安心です。 ・自分で導尿するよりNsさんにやってもらった方が感染の危険性もなく安心ですね。 	専門的知識・技術の安心・安全	
<ul style="list-style-type: none"> ・自分一人じゃ何もできなかったけど、ここに来て助けてもらったおかげで生きていけます。 ・仕事ばかりしてきましたが、ここでは何もせずに、全部してもらえるので助かります。 ・病院に来て皆さんの親切を身にしました。一人で淋しかってもNsさんが話しかけてくれるし、できない所は手伝ってくれますし、ようやくのんびりすることができます。 ・入浴は椅子に腰かけて入浴してます。 ・やはり女性の介助さんの方が細かい所に気づいてもらえるのでいいですよ。 ・みんなに伝わらないので、お話できる人は限られているんですが、それでも家にいるより楽しいわ。 	「できない」ことによるストレスからの解放	
<ul style="list-style-type: none"> ・以前バブルの入浴でその時は自分自身では動けず、板の上に乗せられて紐で縛り付けられて入浴してたんですが、Nsさんにしがみついていたの。とつてもこわかった。でも今は車椅子ごとお風呂に入れてうれしい。 ・トイレは男の人にお世話してもらおうの嫌かってよく聞かれるけど、そんなことっておれなかった。また昔のように紙おむつに戻るので嫌だったんで、もう必死でしたよ。 ・紙おむつの時は、おしっこがでてもすぐには来てくれなかったんで、ほんまに気持ち悪いもんだった。 ・退院したらデイサービスを使うつもりです。そこでお風呂を入れてもらおうと思ってます。 ・退院したら以前通っていたデイケアサービスを週3回行く予定してます。あそこは楽しいし、お風呂も入れるし、皆さん親切でいいですよ。 	本来のニードの回復	
<ul style="list-style-type: none"> ・入院してから毎日夫が煎茶をもってきてくれるんです。娘も毎日面会に来てくれて。病気にでもならない限り、夫や娘の思いが分からなかったのうれしい。 	家族の愛情サポート	
<ul style="list-style-type: none"> ・この足はもう元通りにならんので、ここで一生暮らすつもりです。前の病院の先生から足の回復はないっていわれておりますので、あきらめておりますが、昔はそれでも歩きたいなあと思ったものです。今じゃ、車椅子が私の足になって動いてくれるのでこれでエエって思っております。 ・杖を使って歩けば十分やと思っています。 	元の生活に戻りたいけど戻れない現実認識	
<ul style="list-style-type: none"> ・今でも歯磨きだけは自立しているので、歯磨くときはとっても充実感があるんですよ。 ・できないことは患者同士で助け合っているんです。その時は、私もまだできることがあるんやって感じる事ができるの、うれしいですよ。 ・今までできなかったことがリハビリでできるようになると、そこでようやく自分でできることは自分でしようと思うようになります。 	「できる」ことの自己効力感	新たな生き方の発見

高齢者のセルフケアにおける依存行動

In vivo cords	レベルⅡ	レベルⅢ
<ul style="list-style-type: none"> ・車椅子に座らせてもらおうとあとはすべて自分できるようになったので自信になった。 ・シャツ、パジャマは自分で脱げるけど、着る時に麻痺した所から着んとあかんのでそこだけ手伝ってもらおう。昨年と比べるとずいぶんよくなったなあと思う。昨年だったらまだ立てなかったし、服を着ようと思うと横に傾いてしまっていたけど、リハビリのおかげでここまで自分できるようになったの。 ・下の始末ができるようになったという自信が全体につながってきたんじゃないのかなあ。やっぱり自信がないと何もできんからね。 ・先生から手はもう動かんよっていわれたけど、足は見て！少し動くようになったの。これだけ動くようになるとずいぶん違うんよ。手の方も右が助かったんでよかったわ。左だったら大変なことになっていたんでしょから。 ・家族からできて当たり前やろうっていわれたんですが、そうですね。 ・少しできるとものすごくできるって錯覚してしまうんですね。これが事故につながるのじゃないかな。よくNsさんに叱られるの。 ・集中力がないっていうか。足の位置を確認もせず、すぐ立ち上がろうとしてベッドからズルズル落ちるころがあったの。そうやさかい、やっぱりNsさん呼ばんと。 ・トイレが近いのでNsさんをそのために呼ぶのが気の毒で。一人でやろうと思ったらベッドからズルズル落ちて、Nsさんにみつかってしまわれました。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・ここにもそんなに長くおれんので、この病院の系列のリハビリセンターに行く予定です。 ・退院したら主人の世話をしたいわ。それが私の生きがいなんです。 ・退院したら以前通っていたデイケアサービスを週3回行く予定をしています。あそこは楽しいしお風呂も入れるし、皆さん親切でいいですよ。 ・今より少しでもよくなったら、地域のお年寄りの人達のためにボランティアで、お話を聞きにいききたいなあ。糖尿や透析の人って、家に閉じこもって余り人と交わろうってしないので、私が話相手することで心の平穏をもってもらえるからね。 ・リハビリは下で月曜日に電気をあててもらっています。それと趣味でカバンを作ったり、服や帽子を編んだりとやっているんですが、もっとやりたいので週1回じゃ物足りなくて。 ・私はこの施設での楽しみはレクリエーションなんですけど、最近は週2回しかやってくれんし、それでも〇〇さんがおらんさけ今日はできんっていうんな理由をいわれてやってくれん時もある。私はちょっとでも体を動かんとあかんと思うとるからね。 ・家にいるといつも一人でずーっと家族の帰りを待っているだけで淋しいけど、ここにいるとNsさんや患者さん同士でお話できてうれしいし、励みにもなる。 ・自分一人じゃ何もできんかったけど、ここに来て助けてもらうた。 ・脳卒中になって気がついた時には麻痺になっていたし、その時はとっても悲しかった。これからどうしようかなあと思ったけどね。まだ死ねないし、主人をおいて死ねません。 	生きがいの再発見	
<ul style="list-style-type: none"> ・私の体の向きを変えてくれて、尿をすることができる。 ・お風呂は全部Nsさんに手伝ってもらっているけど、それは私にとっては普通以上のとてもありがたいことなんです。 ・Nsさんは私に訓練させようと思って何もせず立ってみているけど、でもできないことは助けてほしいわ。それが辛かったわ。 ・寝たきりでどうにもならん時はお願いしますって、すべてNsさんの言う通りにしてやっていた。 ・手術して、自分ではこの時期何もできないわけで、お任せする以外にありませんでしょう。 ・入浴は病棟のスケジュール通りやるので、特別申し訳ないって思わない。 ・車いすで面接室に入ってくるが、つい立の前で車椅子を止める。自分で動かそうともせず面接者がつい立てをずらすまで待っていた。 ・入院前ヘルパーしていましたので、ケアを受ける側になっても格段ありがたいなんて思いません。 ・できることは自分でやろうって思いましたけど、できんことはお任せする以外にはどうにもできんわけですね。だからそのためにお金払っているんだって自分にいいかせましたね。 ・失敗した時はベルを押して「お願いします。汚してしまいました」っていう。その時は恥ずかしいし、きのどくだなあと思いますよ。 ・この年（86歳）で手術したのですが、手術後は全部Nsさんにお世話になりました。おしっここの管がずいぶん長く入っていたので、動かれんで寝たきりの状態でしたよ。だからおしっこから便の世話は勿論のこと、体を拭いてもらったり、食事を運んでもらったりとすべてでした。その時はNsさんに申し訳なくて、気の毒に思いましたが、私も寝たきりでどうにもならんかったしね。その時は早よ、お父さんのお迎えがきてくれんかと心から思いましたね。 ・排泄物を見られるのもいやで恥ずかしいし、本当にその時は申し訳ない気持ちですし、みじめさもありましたね。 	Ns/介助者への権利委譲	弱者としての認知
<ul style="list-style-type: none"> ・今「できない」ことははがゆいと感じます。だって今までできたことができんようになったのだからね。時々できた頃のことと比較してしまいますよ。やっぱりね。 ・これからリハビリして何とかできるようならなければって。そうでないと家族に迷惑かけるからね。でも半分あきらめの気持ちもあるんですよ。 	思うようにならないもどかしさ	

In vivo cords	レベルⅡ	レベルⅢ
<ul style="list-style-type: none"> ・ここ何とか動いてくればなあといいながら左上肢で右手背から上肢全体をなでる。 ・転んで病院に運ばれて手術受けたんなら仕方ないなあって納得もできるんですが、私の場合は、普段から歩行時に痛みを感じていて、こんな歩き方も10年前からで、以前からちょっとおかしいっていわれてたんです。それで受診したら即入院、手術ってことになったんですよ。こんなことならあと10年位、このままでもよかったんじゃないかって、今にしてみるとちょっと戸惑ってます。 ・現状としては50%はまだ希望ももっているけど、残りの50%はあきらめてもいる。先生やリハビリの先生からは何も言われていないけど、時々Nsさんからは元通りには戻らんよっていわれます。自分としては元通りに戻りたいけどね。せめて歩きたいなあって、自立なんてとても無理。 ・今リハビリしていますが、とっても短い気がする。こんな短さでいいのかなあ。 ・右足はどうしようもない。義足をつけずこのまま退院するつもりです。足はあきらめたけど右手のしびれがあって。これもこのままやろうなあ。このしびれちっとも変らん。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・家に帰っても嫁さんに負担をかけると思います。息子も私も同じ病気で倒れたので嫁さんは二人の世話をせんとあかんようになったんや。でも施設に入るにしても高いしう。だから家に帰るつもりです。その方がやっぱ安いやろう。それで余り嫁さんに迷惑かけれんのや。 ・もう10年もこんな体で嫁さんに迷惑ばっかかけて申し訳のう思っ。早く死にたいと思ったときもあったけどう。 ・今回はNsさんにお任せするのは苦しかったです。私はね、30歳で乳がんになって、手術して、コバルトかけて、白血球が減ったり、吐き気で食事ができんかったりとその時はそれはつらい思いをしました。でもその時はまだ若かったし生きなあかんってそりゃ必死でした。でも今回もそんな楽な気持ちになれんのう。 ・主人をがんで亡くしてからは、小学校の娘と中3の長男を抱えてここまでやってきました。あの時の苦勞を思えばこれぐらいでへこんでおれませんが、こんなこと大したことないってね。でもやっぱ、Nsや嫁さんに迷惑かけてしもうて、ほんま申し訳ないなあって思いますよ。 	もう年ががんばれない	
<ul style="list-style-type: none"> ・食事は作ってもらって、ここの職員の人に持って来てもらって、私は食べるだけで。幸せです。 ・入院後排尿ケアと導尿をやってもらわなければいけなくなって、導尿は1日5回するのですが、日中の2回は自分でやって、夕方から夜間の導尿の3回はNsさんにやってもらっています。排便も1日1回は出しておかないと大変なことになってしまうので出なければ浣腸または排便をNsさんに頼みますよ。自分で導尿すると本当に時間もかかるし、2回で精一杯です。終わるとそれだけでエネルギーを使い果たしてあとのことががんばれません。だから夜間の3回はNsさんをお願いします。 	楽	自己コントロール
<ul style="list-style-type: none"> ・今の自分については人生の中で最もみじめな自分として受け止めています。 ・私はNsさんに頼むことはないですよ。時間がくると必ずNsさんは来てくれるし、やってくれるのでそれでいいのではないのでしょうか。それまで待ちますし、我慢もしますよ。 ・いつも同じ時間でやってくれるのですが、でもね、はっきり言って、何もこちらから言わなくてもやってくれるNsさんはありがたいですね。 ・夜間はNsさんの数が少なくお忙しいのに呼ぶのは申し訳なくて。 ・夕方からNsさんの数が少なくなるのに呼び鈴があちこちから聞こえると私まで押せないなあってちょっと考えますよ。 ・飲水しすぎると途中で導尿を頼まないといけなくてなるべく水は控えるようにしています。 	自尊心の維持	
<ul style="list-style-type: none"> ・今まで何でも一人で生活していてやりたいようにやってきたので、人に頼るってことは肩身が狭いし自由じゃない。 ・Nsさんがついてみられるってことも自由じゃないね。 ・やってもらっている以上は文句はいえないよ。たとえ自分の意志とは大きく違ってもすべてお任せですからね。 ・お風呂でももっとゆっくり入りたいなあと思ってもそうはいかないでしょう。 ・Nsさんには家族の嫌がることまでやってもらっているのだから、こちら我慢せんとね。 ・思い通りにはならんけどこれも仕方ないでしょう。多分家に帰ってもおなじやろうなあ。自分我慢すればいいことだけで。 ・自分の思い通りにならんわな。我慢せんと。 	我慢	